



**Musikschule Nienberge e.V.**  
Grienkenswell 82  
48161 Münster  
Tel. 02533 1677  
musikschule-nienberge@muenster.de

Musikschule Nienberge e.V., Grienkenswell 82, 48161 Münster

### **Anmeldung zum Schnupperunterricht**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich / mein Kind

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

zum Schnupperunterricht im Fach \_\_\_\_\_ am

Unterrichtsort \_\_\_\_\_ an.

Ich buche  2 Schnupperstunden zum Preis von einmalig 36,50 €.

4 Schnupperstunden zum Preis von einmalig 72,00 €.

Ich ermächtige die Musikschule Nienberge e.V. den einmalig fälligen Betrag von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen und fülle hierzu das umseitige SEPA-Lastschriftmandat handschriftlich aus.

Münster, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterrichtsorte:

A. v. Droste-Hülshoff-Schule, Kreuz-Grundschule, Martin-Luther-Grundschule, Pascal-Gymnasium, Freiherr-vom-Stein-Gymnasium, Marienschule Münster, Schlaun-Gymnasium, Freie Waldorfschule, Regenbogenschule, Kath. Kindergarten Nienberge, Pfarrzentrum Nienberge.

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Musikschule Nienberge e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Grienkenswell 82

**Postleitzahl und Ort:**

48161 Münster

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE14ZZZ00000019408

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**